

ANEXO 1 CASO ESPECIAL ENFERMEDAD GRAVE HIJO/A HASTA DE 2 AÑOS DE EDAD.

CERTIFICADO

(Completa médico tratante).

Yo, _____

Médico con especialidad en Pediatría, certifico atender a la/el niña/o (nombre completo): _____
cédula de
identidad: _____, fecha nacimiento: _____, quien es hija/o de
_____, cédula nacional de identidad
N° _____, con el objeto de dar cumplimiento al beneficio establecido en el artículo
203 del Código del Trabajo, informo que la/el niña/o padece de (diagnóstico confirmado o en estudio)

La cual le impide ser atendida/o en Sala Cuna al menos durante: (indicar como mínimo durante los 2 primeros años de vida para ser válida esta solicitud)

Y que la enfermedad que da paso a este requerimiento, se encuentra considera como GRAVE de acuerdo al facultativo médico. (Marcar con una x si corresponde)

SI _____ NO _____

Por esta razón, la/el niña/niño debe ser cuidada/o en su domicilio.

Fecha atención médica:

Dirección _____ lugar _____ de _____ atención:

Nombre, firma, timbre médico tratante: (si la firma no es digital, deberá ser incorporada con lápiz pasta azul)